

Prikaz primera/Case report

# ZAVESTNA ODKLONITEV ZDRAVLJENJA IN ZAHTEVA PO AKTIVNEM ZDRAVLJENJU, KO OZDRAVITEV NI VEČ MOGOČA

## KLINIČNI PRIMER

PATIENT'S CONSCIOUS REFUSAL OF TREATMENT AND REQUEST FOR ACTIVE  
TREATMENT WHEN RECOVERY IS NOT POSSIBLE

CLINICAL CASE

†Peter Černoga, Uroš Ahčan

Klinični oddelek za plastično kirurgijo in opeklino, Univerzitetni klinični center, Zaloška 7,  
1525 Ljubljana

---

### Izvleček

- Izhodišča** *Za zdravnika predstavljajo posebno dilemo bolniki, ki odklanjajo zdravljenje, pa čeprav bi bilo v času odkritja le-te najverjetneje uspešno. Največjo težavo predstavljajo bolniki z malignimi obolenji, saj je zdravljenje v končni fazi bolezni neuspešno in predstavlja zgolj lajšanje bolečin. Odklonitev zdravljenja pa je pravica vseh opravilno sposobnih bolnikov, kljub temu, da pri tem ogrožajo svoje zdravje in življenje.*
- Bolnik in metode** *Opisan je primer 80-letne bolnice z vretenastoceličnim karcinomom na licu in malignim prerasčanjem v druga telesna področja in druge organske sisteme, ki je štiri leta odklanjala obisk pri specialistu in je pristala na zdravljenje šele v končnem stadiju bolezni, ko radikalno zdravljenje ni bilo več mogoče.*
- Zaključki** *Zdravnik splošne medicine in zdravnik specialist sta pred težko rešljivim problemom, ko se srečata z opravilno sposobnim in za zdravljenje odklonilnim bolnikom, za katerega vedo, da bo odlašanje zdravljenja usodno.*
- Ključne besede** *vretenastocelični karcinom; pravice bolnika; anemija; zavračanje zdravljenja; dileme zdravnika*

---

### Abstract

- Backgrounds** *Patients refusing medical treatment that would be most probably successful at the time of diagnosis present a specific ethic dilemma for a practitioner. The biggest problem lies in patients with malignant diseases as the treatment in the final period is usually unsuccessful and is focused mainly on the pain relief. On the other hand, treatment refusal is one of the prime rights of all competent patients disregarding the fact they may threaten their own health or even life.*
- Patients and methods** *A case of 80-year old female patient with a spindle cell carcinoma on her face that was malignantly spreading to other body sites and organ systems is presented. Patient refused visiting a specialist doctor for four years and consented to treatment only in the final stage of the disease when radical treatment was not possible.*
- Conclusions** *General practitioner and a specialist doctor are faced with difficult dilemma when there is a case of a competent but unwilling to consent patient refusing the timely treatment in spite of the predicted fatal consequences.*
- Key words** *spindle cell carcinoma; patient rights; anaemia; treatment refusal; practitioner's dilemmas*
-

## Uvod

Onkološki bolniki, ki odklanjajo zdravljenje predstavljajo težavo in dilemo vsakemu zdravniku. Včasih je imelo mnenje in odločitev lečečega zdravnika velik pomen. Odnos med bolnikom in zdravnikom je bil pokroviteljski in paternalističen.<sup>1</sup> Danes pa so ljudje bolj obveščeni in osveščeni, k čemur so močno prispevali različni mediji javnega obveščanja (radio, televizija, medmrežje, časopisje). Pravno podlago pa je k temu tudi prispevala Oviedska konvencija Sveta Evrope o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z biologijo in medicino.<sup>2</sup> Zdravnik je pravno in etično zavezan, da bolniku pojasni naravo njegove bolezni, potek, možnosti zdravljenja ter prognozo bolezni. Bolnik ima pravico dvomiti v izbrano zdravljenje, se posvetovati z drugimi specialisti ali celo odkloniti zdravljenje.

Bolniki ne sodelujejo pri zdravljenju ali mu celo nasprotujejo zaradi verskih (jehove priče) in drugih osebnih prepričanj. Odklanjanje zdravljenja je prisotno v številnih različnih ambulantah (kirurška, onkološka, dializna, internistična).<sup>3</sup> Največjega pomena in najbolj usodno pa je prav pri bolnikih z malignimi obolenji, saj je ena izmed osnovnih lastnosti tega procesa, da povzročata lokalne in oddaljene zasevke, ki zaradi patofizioloških dogajanj prej ali slej vodijo v smrt. Zdravnik v takšnem primeru spoštuje bolnikovo voljo, če je le-ta opravilno sposoben, v nasprotnem primeru pa ravna glede na predhodno izraženo bolnikovo voljo, voljo zakonitega skrbnika ali po svoji dobronamernosti.<sup>4</sup>

Opravilno sposoben je bolnik, ki nima bolezni, ki zmanjšujejo njegovo sposobnost odločanja in je v stanju, ko se je sposoben odločiti.<sup>5</sup>

Po veljavnem Kodeksu medicinske deontologije ter Zakonu o pravicah pacienta ima opravilno sposoben bolnik pravico odkloniti vsak poseg ter hospitalizacijo. Zdravnik mu je dolžan njegovo zdravstveno stanje natančno pojasniti, in sicer v bolniku razumljivem jeziku.<sup>4</sup> Zdravnik sam odloča brez bolnikove volje le v primeru urgentnega, za življenje nevarnega stanja. V primeru odklonitve zdravljenja bolezni v začetnem obdobju, takoj po postavitvi diagnoze, pa je v končni fazi bolezni edino mogoče in smiselno zgolj paliativno, protibolečinsko zdravljenje. Takšno zdravljenje je opisal že akademik Milčinski, ki je dejal, da je v končni fazi bolezni potrebno poskrbeti, da bolnik ne čuti bolečin in da ni žejen.<sup>6</sup>

V Združenih državah Amerike pa je že od leta 1988 v veljavi poseben Akt o medicinski oskrbi,<sup>7</sup> ki k paliativnem zdravljenju šteje le protibolečinsko zdravljenje ter oskrbo s hranili in tekočino. Med paliativno oskrbo ne sodi noben kirurški poseg, čeprav bi zavračal življenje.

## Prikaz primera

80-letna bolnica, ki je živela v urbanem okolju večjega mesta, je od leta 2000 opažala manjšo spremembo na licu, ki pa je večkrat izginila in se znova pojavila, večkrat si jo je tudi spraskala, zato je krvavela. Stanje se je v sredini leta 2003 poslabšalo. Sprememba je občasno spon-

tano krvavela in se zagnojila. Bolnica v teh treh letih ni nikoli sama obiskala zdravnika, večkrat jo je njen osebni zdravnik obiskal na domu in ji pojasnil naravo njene bolezni in jo skušal natančno informirati in napotiti na pregled k ustreznemu specialistu. Presodil je, da je bolnica sposobna odločati o sebi, kljub občasnim depresivnim in psihotičnim razpoloženjem, ki so ga opisovali svojci. Že nekaj let je odklanjala tudi zdravljenje spremembe okoli popka.

Konec leta 2003 je pristala na obisk pri onkologu, vendar je kasneje od obiska odstopila.

Januarja leta 2004 je bolnica prvič obiskala dermatologa, ki jo je napotil k specialistu kirurgu, kjer pa bolnica ni pristala na predlagano kirurško zdravljenje in bolnišnično zdravljenje. Tumorska sprememba je bila v premeru velika pet centimetrov.

Dva meseca po zadnji odklonitvi hospitalizacije je bolnica iz tumorske spremembe večkrat krvavela in je na Odelku internistične prve pomoči prejela 3 enote koncentriranih eritrocitov zaradi hudo izražene anemije (Hb 54). Predlagano zdravljenje in hospitalizacijo je še vedno odklanjala. Prejemala je tudi enalapril zaradi blagega srčnega popuščanja ter citalopram zaradi depresivnega razpoloženja. Osebni zdravnik ji je poleg zgoraj omenjenih zdravil predpisal še antipsihotik olanzapin. Pol leta po obisku pri kirurgu (štiri leta po prvem opazanju spremembe na licu) pa je bolnica po dolgem prigrvarjanju svojcev, osebnega zdravnika ter kirurga pristala na hospitalizacijo in operacijo tumorja na licu.

Ob sprejemu je bila bolnica hudo anemična (Hb 54), oslabela. Na levem licu pred uhljem je imela v premeru deset centimetrov velik tumor z razjedo v centralnem delu (Sl. 1).



Sl. 1. Bolnica iz urbanega okolja je več let opažala kožno spremembo na licu. Iz tumorske spremembe večkrat krvavela, vendar več kot tri leta zavračala bolnišnično zdravljenje ali operacijo.

Pred posegom je bila potrebna predoperativna priprava bolnice ter številni specialistični pregledi. Dva dni po sprejemu na oddelek je bila opravljena biopsija tumorja. Rezultati so pokazali, da je maligna tvorba na obrazu najverjetneje maligni fibrozni histiocitom ali nediferenciran karcinom. Bolnico so pred posegom pregledali zdravnik specialist internist, ginekolog, pulmolog, radiolog, abdominalni kirurg ter psihiater.

Ginekološki izvid z ultrazvokom je prikazal tumorsko raščo v predelu maternice in ovarijev. Internist je ugotovil splošno oslabeledost in napredovalo srčno popuščanje. Pulmolog je opravil plevralno punkcijo in punktat poslal na mikrobiološki in histopatološki pregled. Ugotov-

vil je tudi desnostranski plevralni izliv neznane etiologije. Abdominalni kirurg in radiolog sta ugotovila tumorsko preraščanje v predelu želodca, žolčnika in jetrnega parenhima. Izkazalo se je tudi, da je bila predhodno diagnosticirana popkovna kila znak sestre Jožefine (Sl. 2), ki je značilen znak znotrajtrebušnega rakastega preraščanja.<sup>3</sup> Psihiater je ugotovil posamezne znake začetka senilne demence, kljub temu pa je bila bolnica orientirana, pogovornljiva in se zavedala svojega zdravstvenega stanja. Deveti dan od začetka hospitalizacije je bolnica ponovno zakravela, zato smo jo operirali v splošni anesteziji, odstranili smo celoten vidni del tumorja in kožno vrzel na obrazu pokrili z lokalnim režnjem. Istega dne je bila potrjena diagnoza vretenastoceličnega karcinoma.



Sl. 2. Abdominalni kirurg in radiolog sta ugotovila tumorsko preraščanje v predelu želodca, žolčnika in jetrnega parenhima in popkovni kili podoben znak sestre Jožefine.

Želeli smo jo premestiti na negovalni oddelek v RS, vendar so prošnjo povsod zavrnili. Splošno zdravstveno stanje pacientke se je v nadaljevanju bolnišničnega zdravljenja poslabšalo.



Sl. 3. Stanje po operativni odstranitvi tumorja.

Šesti pooperativni dan smo odstranili šive. Rana je dobro celila, brez znakov okužbe in tekočinske kolekcije. Bolnica ni več krvavela (Fotografija po posegu: Sl. 3).

Bolnica je dvanajsti dan po operaciji umrla.

Patolog je pri obdukciji ugotovil obsežno tumorsko preraščanje v predelu vratnih bezgavk, celotnega mediastinuma, gastrointestinalnega in urogenitalnega trakta. Izvor primarnega tumorja ni bilo moč zanesljivo določiti.

Dvajsetdnevno zdravljenje je bilo po okvirnem izračunu cene storitev ocenjeno na 1.834.307,00 SIT (7.654,42 EUR). Od tega zneska je kirurški del storitev predstavljal 5,1 %, anesteziološki 7,8 %, specialistični pregledi 2,6 %, hospitalizacija in nega 38,2 %, histopatološki pregledi z obdukcijo 10,0 %, zdravila 2,6 %, preostali del pa mikrobiološki pregled materiala ter redne in izredne kontrole telesnih tekočin ter dodatni postopki nege in rehabilitacije.

## Zaključki

Predstavljena bolnica predstavlja skupino bolnikov, ki odklanjajo zdravljenje iz kakršnihkoli razlogov. To odklanjanje je v škodo njihovega zdravja. V takih primerih zdravnik navadno ni pred dilemo, temveč dejstvom. Da ne sme pomagati s strokovnim znanjem po svoji vesti. Ob tem si mora v kratkem času odgovoriti na pomembna vprašanja tako z medicinsko-etičnega, kot pravnega področja. Oceniti mora opravilno sposobnost bolnika, ki ima bolezen, ki bi lahko vplivale na sposobnost odločanja (od akutnega alkoholnega opoja, zlorabe psihoaktivnih substanc, poškodbe in bolezni). Sprijazniti se mora z dragim in neuspešnim aktivnim zdravljenjem v končni fazi bolezni po predhodnem odklanjanju morda uspešnega zdravljenja. Soočiti se mora z organizacijsko in prostorsko težavo, drago nego in rehabilitacijo bolnikov v terciarni ustanovi po opravljenem kirurškem delu zdravljenja, ko bolnikov ni moč premestiti v domačo oskrbo oz. na negovalni oddelek ali dom starejših občanov. Jasnih smernic za takšne premestitve žal ni. Naše zdravstvo še ni urejeno tako, da bi lahko računali na dosegljivo in učinkovito paliativno oskrbo, niti v bolnišnici ne na domu. Tu čakata naše zdravstvo neizpolnjena obljuba in dolžnost.

## Literatura

1. Trontelj J. Ko bolnik ne sodeluje ali ne more sodelovati. Zdrav Vestn 2001; 70: 477-80.
2. Council of Europe. Convention for the protection of human rights and dignity of human being with regard to the application of biology and medicine. The Convention on human rights and bio-medicine. Oviedo. European Treaty Series 1997; 164: 1-12.
3. Lorenčič M. Ukinitve nekoristnega zdravljenja ni evtanazija. Dnevnik 2005; 102: 2.
4. Trontelj J. Stališče Državne komisije za medicinsko etiko o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji. Zdrav Vestn 1997; 66: 269-70.
5. Kersnik J. Etika v družinski medicini. Zbirka PiP. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2003.
6. Milčinski J. Zdravnik in smrt. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Univerzum; 1982.
7. Medical Treatment Act 1988, No. 41/1988.